

# 病院見学依頼書

が記入箇所となります。(必)マークがある箇所は必ずご記入ください。

記入日

平成 年 月 日 (必)

会社名

 (必)

代表者名

 (必)

担当者名

 (印) (必)

見学場所

佐世保中央病院  長寿苑 (必)  
 耀光リハビリテーション病院  サン  
 白十字病院  ドリームケア施設  
その他 ( )

見学内容

(必)

※見学内容は具体的にお願いします。

見学希望日時

※お申込み後、担当者より日程調整のご連絡をさせていただきます。

見学者名

入力例) 山田太郎 (課長) (必)

以下、白十字会記入欄

受付 No.

承認欄	病院(施設)長	事務長	担当者